

COMUNE DI
(Provincia di Varese)

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta.....

nata a.....(prov.).....

Il...../...../.....residente a.....(prov.).....

in via/p.zza.....n.....

c.a.p.....

telefono/cell.....

CHIEDE

La concessione dell'assegno di maternità previsti dall'art. 66 della legge 448/98.

A tal fine dichiara che la propria posizione rispetto al trattamento previdenziale dell'identità di maternità è la seguente:

non beneficia di trattamento previdenziale

beneficia di trattamento previdenziale per una somma di €.....

mensili.

Dichiara che il diritto al sopracitato assegno sussiste dal.....

Allega alla presente dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del nucleo familiare per la richiesta delle prestazioni sociali agevolate.

In relazione alla Legge 675/96 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, ricevute le informazioni prescritte all'articolo 10 della citata Legge e preso atto dei diritti che detta legge mi riconosce, rilascio il consenso al trattamento dei dati inerenti alla mia persona secondo i modi e le finalità indicatemi.

La sottoscritta chiede che la somma relativa all'assegno di maternità Le venga accreditato

sul c/c n.presso la Banca/Ufficio postale.....

agenzia di.....

cod. ABI.....cod. CAB.....

data.....

FIRMA